



## Ficha de Inscrição

### Processo Seletivo de Residência Médica – Grupo Med Imagem

Nome do Programa de Residência Médica pretendido: \_\_\_\_\_

#### Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Rg: \_\_\_\_\_ Cpf: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino onde fez graduação em Medicina: \_\_\_\_\_

Ano de Formatura: \_\_\_\_\_

#### Informações de Contato

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### Informações de Endereço

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

#### Inscrição no Programa

Apresenta necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não (Justificar a necessidade por e-mail)

Declaro ciência e concordância aos termos do Edital do Processo Seletivo para vaga de Médico Residente, primeiro ano (R1), do Programa de Residência Médica em Clínica Médica ou Pediatria ou Cirurgia Geral ou Medicina Intensiva do Grupo Med Imagem.

Para finalizar a inscrição, após o preenchimento do cadastro, os candidatos devem depositar a taxa no valor de R\$ 450,00 (Quatrocentos e Cinquenta Reais):

**BANCO ITAÚ**

**Agência: 7714.**

**Conta corrente: 09776-8.**

**Em favor de Hospital Med Imagem S.A - Filial Prontomed Adulto.**

**CNPJ: 63326243/0002-15**

**PIX: 63.326.243/0002-15**

A inscrição só será válida após o envio do comprovante de pagamento da taxa, anexado com esta ficha de inscrição para o e-mail [coreme@hospitalprontomed.com.br](mailto:coreme@hospitalprontomed.com.br)